PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20003 Fax. (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id
email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

DAFTAR PEMBERIAN OBAT

No Rekam Medis : 193561
Nama Pasien : Jamani
Tanggal Lahir : 8-6-1960
(Mohon diisi atau stempel pada ada)

Nama DPJP :
Ruangan :
ALERGI OBAT : ( ) Tidak ( ) Ya, ...

PERHATIKAN 6 BENAR SEBELUM PEMBERIAN OAT: 1) IDENTITAS PASIEN 2) NAMA OBAT 3) DOSIS 4) WAKTU 5) CARA PEMBERI

NO	NAMA OBAT INJEKSI			NAMA & PARAF DOKTER		TANGGAL DAN WAKTU PEMBERIAN OBAT (Tuliskan jam dan paraf perawat yang memberikan obat)					
						5/9	6/9	7/9	8/9		
1	R/ Ceftriaxone				jam	13	13	13	13		
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
	2gr	1	5/9		paraf Prwt/Bdn 2						
2	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
3	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
4	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
5	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
6	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
7	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
8	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
9	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
10	R/			NAMA & PARAF DOKTER	jam						
	DOSIS	FREKUENSI	MULAI TGL		paraf Prwt/Bdn 1						
					paraf Prwt/Bdn 2						
	Paraf Pasien/Keluarga Pasien										

Keterangan: 1. (P) : Profilaksis (E) : Empirik (D) : Definitif
2. Tuliskan P/E/D dalam kurung setelah nama obat antibiotik
3. Tuliskan (T) : Pasien menolak makan obat dan atau (K) : ditunda karena perubahan kondisi pasien di luar waktu pemberian
4. Tanda "TOP" pemberian tanda // pada kolom tanggal dan tuliskan nama dan paraf dokter
5. Untuk obat *high Alert* ditandai